【6】共有すべき医療事故情報「セントラルモニター受信患者違い」（第１６回報告書）について

（1）発生状況

第１６回報告書分析対象期間（平成２０年１０月～１２月）において、セントラルモニター受信患者間違いに関連した事例が１件報告され、「共有すべき医療事故情報」として取り上げ、更に、前回報告書（第１９回報告書）においても、報告書分析対象期間に該当事例が報告されたことを受け、再発・類似事例の発生状況（第１９回報告書ｐ１９３～１９４）で取りまとめた。本報告書分析対象期間（平成２１年１０月～１２月）においても類似の事例が１件報告されたため、前回に引き続き、今回の報告書でも取り上げる。

これまで類似の事例は、平成１８年に１件、平成２０年に１件、平成２１年に２件報告された。このうち、本報告書分析対象期間（平成２１年１０月～１２月）に報告された事例は１件であった（図表Ⅲ - 3 - 8）。

図表Ⅲ－３－８　「セントラルモニター受診患者間違い」の報告件数

	1～3月（件）	4～6月（件）	7～9月（件）	10～12月（件）	合計（件）
平成１６年				0	0
平成１７年	0	0	0	0	0
平成１８年	1	0	0	0	1
平成１９年	0	0	0	0	0
平成２０年	0	0	0	1	1
平成２１年	0	0	1	1	2

（2）事例概要

本報告書対象期間に報告された事例概要を以下に示す。

事例１

患者Ａと患者Ｂは同じモニターを使用して心電図をモニタリングしていた。患者Ａはモニター上心拍数が１４０～１６０台であったが、自覚症状はなかった。１時間半後、モニター上頻脈が続き、医師の指示によりジゴシン１Ａ投与後、ワソラン１Ａ＋生食５０mL を投与した。患者Ａに自覚症状はなく、血圧１０４/５０心拍数８０、モニター上心拍数１５０以上が継続していた。医師はレントゲンにより３日前から心不全所見を確認した。その４時間後、モニター上心拍数１５０以上が継続したためワソラン１Ａ＋生食５０mL を投与した。その後、看護師は患者Ａと患者Ｂの波形が連動しており、電極外れのタイミングも同じであることに気付いた。確認すると、患者Ａとして表示されている画面のチャネル番号が患者Ｂのチャネル番号と同じであり、患者Ａとして表示されていた心電図は患者Ｂの波形であった。使用していたモニターは１つのチャネル番号が複数設定できるようになっていた。

（3）事例が発生した医療機関の改善策について

事例が発生した医療機関の改善策として、以下が報告されている。

①患者がモニター上不整脈となった場合、１２誘導、検脈を実施し、治療を要する不整脈かを判断する。

②１患者１チャネルの設定に変更する。

③業者による正しい操作方法の学習会を開催する。

（4）まとめ

前回報告書（第１９回報告書）では、事例が発生した医療機関の改善策として以下を掲載した。

①心電図モニターを装着するときは、送信機とセントラルモニターのチャネル番号が一致していることを２名で確認する。

②セントラルモニターに登録する送信機のチャネル番号を固定する。

③機器類の管理は、当該病棟を最初に順次、中央管理とし、チャネル管理者を配置する。

④病棟内の電波の受信状況を調査した。

⑤心電図モニターの取扱説明書をメーカーから取り寄せ、機器に配置した。

前回の報告書と重複するが、セントラルモニターの使用においては、当該事例のように設定時に間違えが発生した場合、その間違えを発見する機会が少ない。そのため、正しく設定する方法や手順を確立することが必要であり、今回報告された医療機関においてもそのための取り組みを行っている。

今後も引き続き注意喚起するとともに、類似事例の発生の動向に注目していく。